



RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM CIRURGIA

Ana Carolina Rocha Paiva de Oliveira

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

Porto 2016

RELATÓRIO DE ESTÁGIO EM CIRURGIA

Ana Carolina Rocha Paiva de Oliveira

Relatório de Estágio de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto

**Orientador - Dr. Mário Marcos
Grau Académico: Licenciatura
Título Profissional: Assistente Hospitalar
Graduado de Cirurgia Geral; Assistente da Unidade Curricular de Cirurgia I do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**

**Co-Orientadora – Dra. Sílvia Pereira
Grau Académico: Mestrado Integrado
Título Profissional: Interna de Formação Específica de Cirurgia Geral; Assistente da Unidade Curricular de Cirurgia I do 4º ano do Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**

Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto

Porto 2016

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que estiveram incondicionalmente ao meu lado nesta jornada, que confiaram e me apoiaram em todas as decisões, que se sacrificaram para que eu realizasse todos os meus sonhos. Espero um dia estar à altura de fazer por alguém o que fizeram por mim. À minha avó, por me ter mostrado o caminho, e por ser a estrela mais brilhante do meu céu.

Aos meus amigos, por colorirem os meus dias cinzentos e por caminharem a meu lado independentemente da direção. Levo-vos comigo para a vida.

Ao Dr. Mário Marcos, por me ter orientado neste trabalho e por ter contribuído para a minha formação profissional.

À Dra. Sílvia Pereira, por que me ter despertado a curiosidade de ir mais longe, sonhar mais alto e tornar-me mais forte profissionalmente. Pela disponibilidade constante durante o período de estágio e na elaboração deste relatório, e por ter sido incansável no esclarecimento de todas as minhas questões.

A todo o quadro médico da Unidade de Cirurgia Digestiva, por terem partilhado comigo a sua experiência e conhecimento, e por me terem feito sentir integrada, parte do processo e, como tal, ainda mais motivada.

RESUMO

Objetivos: Aprofundar conhecimentos e adquirir competências técnicas na área Cirúrgica. Promover uma aprendizagem baseada na prática clínica protagonizando a abordagem de doentes em diferentes contextos, como serviço de urgência, consulta externa, e internamento. Observar intervenções cirúrgicas no bloco operatório e compreender os procedimentos efetuados. Conhecer a organização, dinâmica e funcionamento da Unidade de Cirurgia Digestiva do Hospital Geral de Santo António, do Centro Hospitalar do Porto (CHP).

Descrição: Estágio extra-curricular, com a duração de 160 horas, realizado entre os dias 24 de Fevereiro de 2016 e 15 de Abril de 2016, na Unidade de Cirurgia Digestiva do Hospital Geral de Santo António do CHP. Acompanhamento de Especialistas e Internos de Formação Específica na enfermaria, consulta externa, consulta de grupo multidisciplinar de oncologia, bloco operatório, e serviço de urgência.

Conclusões: Concluído o estágio, considero que os objetivos a que me propus foram cumpridos. A unidade curricular “Dissertação/ Projeto/ Relatório de Estágio” ofereceu-me a oportunidade de aprimorar o meu conhecimento na área de Cirurgia através da prática clínica, conferindo-me competências uteis para o meu futuro profissional.

ABSTRACT

Objectives: To deepen knowledge and acquire technical skills in the Surgical area. Promote learning based on clinical practice starring the management of patients in different settings, such as emergency care, outpatient, and inpatient. Observe surgeries in the operating room and understand the procedures performed. Perceive the organization, dynamics and functioning of the Digestive Surgery Unit of the *Santo António* General Hospital of Porto Hospital Center.

Description: Extra-curricular internship lasting 160 hours, held between 24 February 2016 and 15 April 2016, in Digestive Surgery Unit of *Santo António* General Hospital. Follow Specialists and Specific Training Interns on the ward, outpatient unit, multidisciplinary group of oncology consultation, operating room, and emergency department.

Conclusions: Upon completed the internship, I believe that the initial goals were accomplished. The course "Dissertation / Project / Internship Report" offered me the opportunity to improve my knowledge in the surgery area through clinical practice, giving me useful skills for my professional future.

LISTA DE ABREVIATURAS

BO - Bloco Operatório

VE - Vigilância Epidemiológica

CMI - Cirurgia Minimamente Invasiva

ATB - Antibioterapia

COC - Consciente, Orientado e Colaborante

HD - Hemodinamicamente

PDC - Perda de Consciência

TAC – Tomografia Axial Computorizada

Rx – Raio X

Hb – Hemoglobina

AP – Auscultação Pulmonar

MV- Murmúrio Vesicular

RHA – Ruídos Hidroaéreos

DUP – Doença Ulcerosa Péptica

IBP – Inibidor da Bomba de Prótons

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

TCE – Traumatismo Crânio-encefálico

SU – Serviço de Urgência

TR – Toque Retal

NHA – Níveis Hidroaéreos

SNG – Sonda Naso-Gástrica

AINE – Anti-inflamatório não esteroide

TI-Transito intestinal

SIP – Sinais de Irritação Peritoneal

AVC – Acidente Vascular Cerebral

TEP – Tromboembolismo Pulmonar

HTA – Hipertensão Arterial

UGR – Unidade Glóbulos Rubros

HDB – Hemorragia Digestiva Baixa

ECG – Escala de Coma de Glasgow

ÍNDICE

Introdução	1
Organização do Serviço de Cirurgia	2
Atividades Realizadas	3
Enfermaria	4
Reunião da Unidade de Cirurgia Digestiva	5
Consulta Externa	5
Consulta de Grupo Multidisciplinar Oncológica	5
Bloco Operatório	6
Serviço de Urgência	9
Casos Clínicos	14
Caso Clinico I – Oclusão Intestinal	15
Caso Clinico II – Hemorragia Digestiva	18
Caso Clinico III – Traumatismo Crânio-Encefálico	20
Conclusão	23
Bibliografia	24
Anexos	
Anexo I – Consentimento Livre e Esclarecido para Atos Médicos	I
Anexo II – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	II
Anexo III – Protocolo HELICS	III
Anexo IV – Triagem de prioridades de Manchester	IV
Anexo V – Escala de Coma de Glasgow	V

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” do Mestrado Integrado em Medicina, a realização de um estágio extra-curricular na área de Cirurgia, foi opção por se tratar de uma especialidade na qual tenho particular interesse pessoal, sendo que é uma das áreas em que me revejo no futuro.

A formação Médica em Portugal tem sido alvo de alterações que a meu ver condicionarão um agravamento das condições de trabalho e de prestação dos cuidados de Saúde. No presente ano, mais de uma centena de médicos ficou sem acesso a uma especialidade, dado não existirem vagas para todos os potenciais candidatos, o que reflete que as condições que dava por garantidas quando ingressei neste curso, são neste momento uma interrogação. Assim sendo, no contexto de um futuro cada vez mais incerto, a prática e o “saber fazer” são de uma importância crucial. A mera observação, o conhecimento de conceitos, a teoria ou mesmo a prática em modelos, em nada se assemelha à competência e destreza conferidas por um treino efetivamente prático.

Assim, o intuito deste relatório de estágio visa expor o contributo da prática clínica para o meu processo formativo enquanto futura médica, pela forma como me auxiliou a encarar a diversidade de cada doente.

"He who studies medicine without books sails an uncharted sea, but he who studies medicine without patients does not go to sea at all."

William Osler

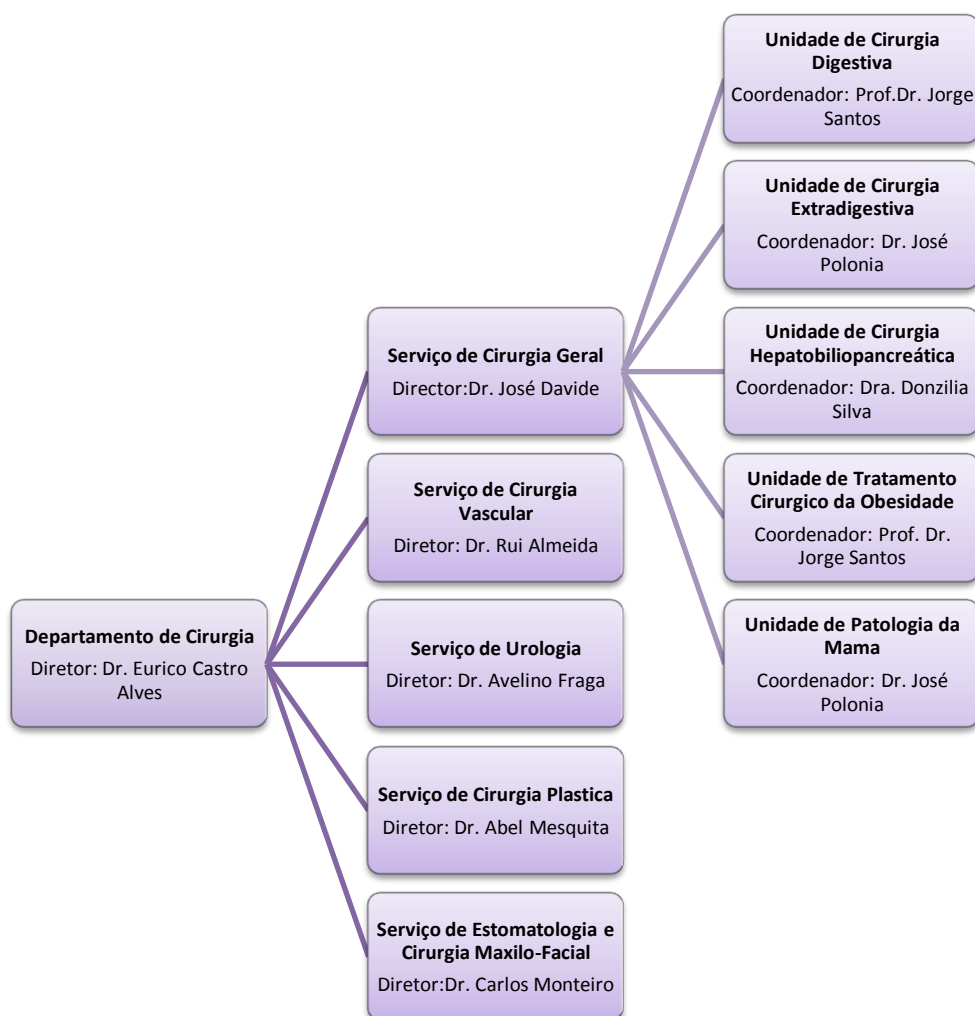
ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CIRURGIA

O serviço de Cirurgia Geral encontra-se sectorizado em três áreas especializadas e autónomas de patologia, no Hospital de Santo António:

- Unidade de Patologia Digestiva;
- Unidade de Patologia Extradigestiva;
- Unidade de Patologia Hepatobiliopancreática.

A Direção do Serviço encontra-se a cargo do Dr. José Davide e a Direção do Departamento de Cirurgia é ocupada pelo Dr. Eurico Castro Alves.

À data da realização deste Relatório de estágio, o Departamento de Cirurgia do Hospital de Santo António encontra-se organizado de acordo com o seguinte organigrama:



A atual Unidade de Cirurgia Digestiva trata toda a patologia do tubo digestivo. Tem a seu cargo 25 camas e assegura oito períodos de bloco operatório semanalmente. A unidade está presente semanalmente nas reuniões de Grupo Oncológico e de Tratamento Cirúrgico de Obesidade, assim como, em reuniões mensais de pavimento Pélvico e de Doença Inflamatória Intestinal.

O seu Quadro médico atual é o seguinte:

- Responsável de Unidade: Prof. Dr. Jorge Santos (Assistente Hospitalar Graduado);
- Chefe de Serviço: Dr. Carlos Nogueira.
- Assistentes Hospitalares Graduados: Dra. Anabela Rocha, Dra. Marisa Santos, Dr. Mário Marcos e Dra. Cristina Silva;
- Assistentes Hospitalares: Dra. Mónica Sampaio, Dra. Isabel Mesquita e Prof. Gil Faria;
- Assistentes Hospitalar Eventual: Dra. Vilma Martins.
- Internos de Formação Específica: Dra. Sílvia Pereira, Dra. Filomena Soares e Dra. Teresa Correia.

A Cirurgia Digestiva tem a meu ver uma clinica mais vasta e diversificada tornando-se mais atrativa do ponto de vista académico e prático. Por este motivo, e por ser referência para tratamento cirúrgico de patologia mais complexa ou de dificuldade técnica major, optei por realizar o estágio nesta Unidade.

ATIVIDADES REALIZADAS

ATIVIDADE	NÚMERO DE HORAS
Enfermaria	60
Reunião da Unidade de Cirurgia Digestiva	5
Consulta Externa	10
Consulta de Grupo Multidisciplinar	5
Bloco Operatório	40
Serviço de urgência	40
TOTAL	160

Tabela I Atividades realizadas e respetivo número de horas

Enfermaria

A atividade de enfermaria compreendeu o acompanhamento diário dos doentes internados na Unidade de Cirurgia Digestiva. Acompanhe visitas diárias aos doentes, juntamente com o restante corpo médico e enfermeiros. Este tempo dedica-se à atualização individual do estado clínico e orientação do plano terapêutico nomeadamente avaliação das hipóteses diagnósticas, estratificação dos meios complementares de diagnóstico, estabelecimento de plano terapêutico e deteção precoce de complicações, particularmente pós-operatórias. Pelo exposto, a visita diária dota-se de uma importância crucial, pois permite um acompanhamento global do estado clínico e geral do doente. Como único senão, destaco o facto de na comunicação entre os profissionais com terminologia médica, muitas vezes incompreendida pelo doente, ou a abordagem de aspetos particularmente sensíveis na presença do mesmo, como nos casos de altas clínicas sem alta social, ou doenças oncológicas sem diagnóstico ou prognóstico esclarecido, a que assisti como um espectador, geravam algum desconforto e ansiedade por não existir uma forma fácil de abordagem.

Elaborei registos diários no Processo Clínico Eletrónico, posteriormente corrigidas por um especialista. Enquanto aluna não disponho de autonomia, e como tal apenas me foi permitido o acesso ao Processo Clínico Eletrónico mediante a autorização de um médico. A informatização crescente dos processos clínicos permite a coleção e o registo das informações de saúde e de doença relativas a um indivíduo e viabiliza a disponibilização oportuna das mesmas, o que pode influenciar e auxiliar positivamente decisões terapêuticas futuras. Em última instância, o processo clínico eletrónico veio permitir uma mais eficiente prestação dos cuidados de saúde.

Participei na avaliação pré-operatória dos doentes, tendo em conta suas co-morbilidades e risco cirúrgico associado, na explicitação do consentimento livre e esclarecido ao paciente (*Anexo I*), e na aplicação dos protocolos de preparação, de acordo com a cirurgia proposta, utilizando os protocolos *fast-track* sempre que adequado. Participei também na avaliação pós-operatória de vários doentes, entre os quais os referentes aos procedimentos cirúrgicos que observei no bloco operatório.

Neste período pude ainda observar a realização de pensos e a avaliação da sua evolução, a exploração de feridas e drenagem de abcessos.

Reunião da Unidade de Cirurgia Digestiva

Esta reunião é realizada semanalmente à sexta-feira. Este tempo dedica-se ao planeamento das atividades da Unidade e à discussão das opções terapêuticas dos doentes da responsabilidade da mesma. Reconheço a importância e propósito desta reunião, uma vez que o corpo clínico discute sobre o que considera ser a melhor terapêutica para determinado doente, contudo, considero ter existido alguma dificuldade em entender algumas decisões ou discussões, principalmente pela complexidade dos raciocínios de profissionais mais experientes que teriam maior produtividade se fossem corretamente moderadas, por forma a manter um fio condutor e o enfoque nas questões discutidas.

Consulta Externa

Na consulta externa tive a oportunidade de abordar vários doentes, sendo que este tempo se dedica à sua observação, com o intuito de desenvolver hipóteses diagnósticas e propor terapêuticas, e à avaliação do potencial risco cirúrgico. Este período dedica-se também à avaliação de doentes no pós-operatório e ao seu acompanhamento baseado em protocolos/guidelines, de acordo com patologias benignas ou malignas.

Consulta de Grupo Multidisciplinar de Oncologia

A consulta de Grupo Multidisciplinar realizada semanalmente à quinta-feira, conta com a presença de especialistas da área de cirurgia geral, oncologia médica e radioterapia. Este tempo é dedicado à análise individual de pacientes oncológicos, por forma a definir a sua estratégia de diagnóstico e terapêutica, estabelecendo normas para o seu tratamento. Presenciei a apresentação de diversos casos clínicos em contexto oncológico, tendo prestado particular atenção à patologia digestiva em que os casos mais frequentes representaram neoplasias do cólon.

Embora tivesse conhecimento da existência de um tempo dedicado à discussão de doentes oncológicos sob o ponto de vista de diferentes especialidades, nunca o tinha presenciado, e como tal dispunha apenas de uma noção básica e teórica. Pude verificar que todas as decisões passavam por uma atitude multidisciplinar, baseada em guidelines internacionais, e de modo particular, na experiência do próprio centro hospitalar. Assim sendo, todos os pacientes mereceram a atenção cuidada de toda uma equipa multidisciplinar no sentido de lhes proporcionar as melhores condições de acordo com o seu prognóstico.

Bloco Operatório

O Hospital Geral de Santo António tem 4 blocos operatórios (BO): o Bloco Central e Bloco de Ortopedia localizados no edifício Luís de Carvalho e o Bloco de Neurocirurgia e Bloco Neoclássico localizados no edifício Neoclássico. O Bloco Central é o maior dos 4 blocos, com uma capacidade para 6 cirurgias simultâneas, 8 camas de recobro e 10 locais de armazém apoiadas por cerca de 45 colaboradores por turno. Neste BO são realizadas as cirurgias de urgência, transplantes, urologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e cirurgia geral (unidades 1, 2 e 3). O número de colaboradores por turno em cada BO é constituído por várias especialidades que vão desde o administrador até aos assistentes operacionais. Para cada sala operatória existe uma equipa cirúrgica e o número de elementos da equipa de apoio varia consoante as necessidades operacionais.

Nas salas do bloco em que estive, a equipa era constituída por pelo menos um cirurgião especialista e pelo menos um interno complementar de cirurgia, um anestesista e um interno complementar de anestesiologia, um enfermeiro instrumentista, um enfermeiro anestesista, um enfermeiro circulante e auxiliares. Apercebi-me que todos os intervenientes desempenham um papel específico, sabendo exatamente como proceder e que local ocupar. O trabalho em equipa e a cooperação é fundamental para a eficiência e, sobretudo, para a segurança no BO. Neste sentido, verifiquei a aplicação das “*checklists*” (*Anexo II*), itens de segurança oralmente confirmados em 3 momentos: entrada no bloco operatório, pausa cirúrgica e saída do bloco operatório. A comunicação e constante verificação entre anestesistas, cirurgiões, enfermeiros e assistentes operacionais possibilitam um plano de atuação coordenado e a divisão de tarefas.

Pude verificar o constante exercício de manutenção das condições ótimas de assepsia e de trabalho, para o maior benefício do doente, o que mais uma vez exige uma excelente cooperação de todos os intervenientes. As infeções do local cirúrgico continuam a representar uma proporção significativa de infeções nosocomiais. Dado o elevado impacto na morbilidade, mortalidade e custos associados, e porque há evidência de que são em grande parte evitáveis, a sua prevenção é uma prioridade de qualquer programa de prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde em meio hospitalar.

A vigilância epidemiológica (VE) é a pedra basilar de qualquer programa de prevenção e controlo de infeção. Neste âmbito, o Programa de VE da Infeção do Local Cirúrgico – *HELICS-Cirurgia (Anexo III)*, é um programa de VE em rede nacional e está contemplado no Programa Nacional de VE com base na rede de VE Europeia. Pretende-se com este protocolo atingir objetivos a nível Hospitalar, Regional/Nacional, e Europeu. A nível

Hospitalar pretende-se cumprir as recomendações de “boa prática cirúrgica”, corrigir ou melhorar práticas específicas, e desenvolver, implementar e avaliar novas práticas preventivas; a nível Regional/Nacional objetiva-se melhorar a qualidade da colheita de dados, seguir as tendências epidemiológicas, e identificar e seguir os fatores de risco para a infeção do local cirúrgico; por fim, a nível da Comunidade Europeia pretende-se monitorizar e descrever a epidemiologia das infeções do local cirúrgico e acompanhar a incidência de disseminação geográfica destas para um número de cirurgias selecionadas, identificar as regiões ou países que necessitem de apoio para o controlo das infeções nosocomiais, facilitar a comunicação e troca de experiência entre as redes nacionais, e validar os fatores de risco das infeções do local cirúrgico a nível da Comunidade Europeia.

Vários dos procedimentos que observei foram Cirurgias Minimamente Invasivas (CMI). O seu conceito tem por objetivo a menor agressão cirúrgica possível, o potencial de uma cicatriz reduzida, menor dor pós-operatória, menor taxa de complicações, recuperação mais rápida, alta hospitalar precoce, retorno mais rápido as atividades habituais e maior conforto para o doente. Verifiquei que a CMI tem sido cada vez mais implementada, o que reflete uma contínua e crescente evolução da Medicina, que este serviço acompanha. Os materiais utilizados nestes procedimentos e o tempo operatório estão associados a custos mais elevados. No entanto, aliado à experiência, o período operatório acaba por diminuir, o que, a par dos benefícios supracitados, e do emprego de medidas de *fast track*, demonstram potencial para contrabalançar, e até mesmo superar os custos impostos pela CMI. Apesar das visíveis vantagens, os riscos e possíveis efeitos adversos não são desprezíveis. O pneumoperitoneu pode provocar modificações na hemodinâmica cardiovascular (devido à pressão positiva de insuflação), hipercapnia, respostas adrenérgicas e risco de embolismo por dióxido de carbono.

A Tabela II discrimina as 26 intervenções cirúrgicas que presenciei. Todos os procedimentos decorreram sem intercorrências. Acompanhei os períodos pós operatórios, dos quais se sinalizam duas complicações: infeção superficial da ferida operatória e deiscência de anastomose pós sigmoidectomia com necessidade de re-intervenção.

Patologia	Intervenção Cirúrgica	Nº de procedimentos assistidos
Hernia do Hiato com DRGE	Fundoplicatura de Nissen laparoscópica	2
Hernia Inguinal Direita	Hernioplastia Inguinal Direita	1
Hernia Inguinal Esquerda	Hernioplastia Inguinal Esquerda	3
Hernia Umbilical	Herniorrafia umbilical	1
Carcinoma Gástrico	Gastrectomia parcial laparoscopica	2
Doença de Crohn anoperineal penetrante	Biopsia da parede da vagina + Fistulectomia + Substituição de setons	1
Fissura e fístula anal	Fistulectomia anal	1
Hemorroides grau III + Pólipo da margem anal	Hemorroidectomia de Milligan Morgan + Biopsia excisional de pólipo da margem anal	1
Hemorroides	Hemorroidectomia de Milligan Morgan	3
Neoplasia do delgado	Enterectomia por laparoscopia assistida	1
Neoplasia do colon sigmoide	Sigmoidectomia laparoscopica	1
Neoplasia maligna do colon ascendente	Hemicolectomia Direita laparoscopica	1
Neoplasia do angulo hepático do colon	Hemicolectomia Direita laparoscopica	1
Status de ileostomia	Encerramento de ileostomia	2
Status de colostomia	Encerramento de estoma de Intestino Grosso	1
Obesidade Mórbida	Bypass gástrico Alto por laparoscopia	4

Tabela II Procedimentos cirúrgicos observados no Bloco Operatório

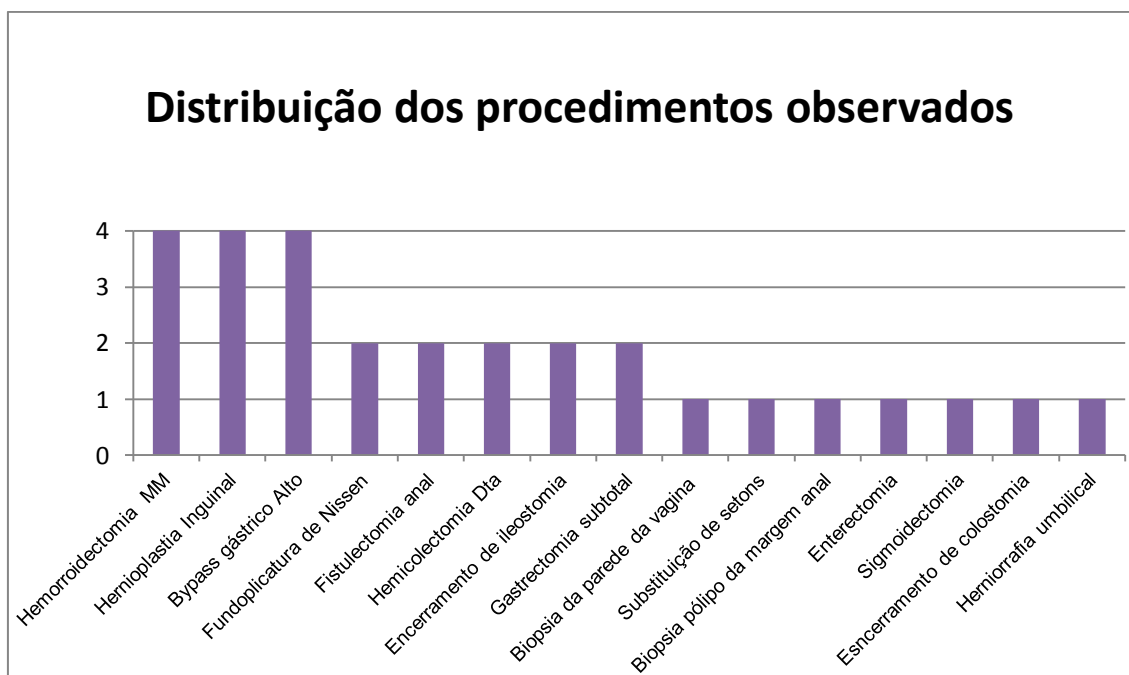


Gráfico I Distribuição dos procedimentos cirúrgicos observados

Serviço de Urgência

O serviço de urgência foi sem dúvida uma mais-valia, pelo quanto me aliciou por um lado a complexidade e a dinâmica da clínica com que contactei, e por outro o desafio do diagnóstico. Tive oportunidade de observar diversos doentes triados para a Cirurgia Geral, segundo o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester (*Anexo IV*), bem como o exercício de procedimentos até então apenas observados ou treinados em modelos anatómicos/animais, sendo eles, suturas de feridas, drenagem de quistos infectados e exame anoperineal.

A urgência é por si só um ambiente em que impera a incerteza, onde o raciocínio clínico é muitas vezes dificultado por diversos fatores, a necessidade de tomada de decisões rápidas, a sobrecarga de trabalho do médico, dados clínicos incompletos, interrupções frequentes, além de pacientes e familiares pouco colaborantes. É neste ambiente muitas vezes caótico que se concentra a maior densidade de decisões na prática clínica, muitas delas vitais. Este contexto é totalmente diferente do contexto de enfermaria ou consulta em razão da necessidade de diagnosticar rápida e corretamente, pela premência de aliviar o sofrimento do paciente e pela necessidade de identificar e atuar prontamente em situações que possam ameaçar a vida. É portanto imprescindível a sistematização da história clínica e exame físico para que sejam eficazes, precisos e completos.

Sob orientação da Dra. Sílvia Pereira fiz a abordagem inicial a vários pacientes (anamnese e exame físico), seguida de uma breve discussão dos mesmos, em que apresentei o raciocínio clínico com as hipóteses de diagnóstico mais prováveis e meios complementares de diagnóstico que necessitaria.

Resumidamente, em tabela (tabela III), menciono algumas das patologias que abordei, fazendo apenas referência aos aspectos mais relevantes.

Subjetivo	Objetivo	MCDT	Plano	Diagnóstico
F. 19a Quisto sebáceo do dorso com 3 semanas de evolução	Quisto sebáceo infectado	-	Drenagem do quisto sebáceo ATB	Quisto sebáceo infectado
F. 87a Ferida cortocontusa do dorso da mão 5º dedo após queda da própria altura sobre objeto cortante.	HD estável Ferida cortocontusa com hemorragia ativa	-	Desinfecção da ferida Sutura com fio não absorvível monofilamentar 4/0 Penso	Ferida cortocontusa com hemorragia ativa
M. 34a Ferida cortante do mento em contexto de agressão com arma branca Sem PDC	COC HD estável Ferida cortante do queixo com cerca de 2cm com hemorragia ativa Hematoma da face (assimetria facial? Ressalto ósseo?)	Rx ossos da face inconclusivo TAC maxilar sem alterações	Desinfecção da ferida Sutura com fio não absorvível monofilamentar 5/0 Penso	Ferida cortante do queixo com cerca de 2cm com hemorragia ativa
M. 79a Dor Inguinal bilateral com 1 dia de evolução	Hérnia inguinal bilateral encarcerada; Sem evidência de estrangulamento	-	Analgesia Nota: Já se encontra proposto para Cirurgia no HSJ	Hérnia inguinal bilateral encarcerada

M. 57a Colostomia não funcionante para fezes há 2 dias; Mantem trânsito para gases;	Estenose do estoma (<1cm); impossível introduzir 5º dedo.	-	Clister Internamento para plastia do estoma	Estenose do estoma
F. 52 Status de cirurgia de bypass gástrico laparoscópica há 6 dias com drenagem hemática pelo dreno abdominal	HD estável Apirética Abdómen mole e depressível, sem dor à palpação; RHA+	Hemograma sem queda da hemoglobina	Vigilância Sem novas perdas teve alta	Drenagem hemática pelo dreno abdominal
F. 42a Dor abdominal generalizada com 12h de evolução	Abdómen mole e depressível, doloroso à palpação (+epigastro e flanco esquerdo); posição antálgica; RHA+	Estudo analítico com enzimas pancreáticas normais. Ecografia Abdominal sem alterações	IBP empírico durante 1 mês. Se recorrência dos sintomas, EDA	Dispepsia/D UP
F. 70a Queda da própria altura com TCE. Sem PDC Sem náuseas e vômitos Sem hipocoagulação	COC HD estável	TAC crânio sem alterações	Vigilância da sintomatologia de alarme que deve motivar regresso ao SU em relação com TCE	Queda da própria altura com TCE.
M. 42a Acidente de viação com traumatismo toraco-abdominal esquerdo; Dor à inspiração do lado esquerdo. Sem TCE Sem PDC	COC HD estável AP: MV presente bilateralmente, simétrico; sem ruídos adventícios. Abdómen mole e depressível, doloroso no flanco	Rx com fratura de uma costela, sem desvio. Sem alterações pulmonares Ecografia de baço sem alterações	Analgesia	Acidente de viação com traumatismo toraco- abdominal esquerdo

	esquerdo. RHA+			
F. 76a Dor abdominal generalizada; sem TI para fezes há 2 dias; sem vômitos	Paciente demênciada (não colabora); abdómen globoso, pouco depressível, doloroso à palpação; RHA diminuídos TR: Ampola retal com fezes; dedo-luva sem sangue	Rx Abdominal com NHA	SNG Alta após trânsito intestinal restabelecido.	Quadro sub-oclusivo
F. 52a Lombalgia com 3 dias de evolução; Nega alterações urinárias	Murphy renal + à esquerda. Apirética	Ecografia renal com alterações compatíveis com litíase do trato urinário.	AINE + Tansulosina Repetir Ecografia em 15 dias	Litíase do trato urinário
F. 81a Agravamento de ferida no MIE em doente com doença arterial periférica	Gangrena do MIE	-	Internamento para Cirurgia para amputação major do MIE	Gangrena do MIE
M. 48a Dor abdominal em cólica pós enema para realização de rectossigmoidoscopia Reacção vasovagal nesse contexto	HD estável Abdómen com dor generalizada à palpação profunda TR: Ampola retal vazia; dedo-luva limpo	Estudo analítico e Rx Abdómen simples sem alterações	Analgesia Vigilância	Reacção vasovagal pós enema para realização de rectossigmoidoscopia.
M. 59a Dor abdominal (+Flanco esquerdo) e febre com algumas horas de evolução. Status de gastrectomia subtotal há 15 dias	HD estável T=38,3°C Abdómen mole e depressível, dor difusa à palpação, RHA+	TAC abdominal com coleção intra-abdominal	Analgesia ATB Internamento	Deiscência de Anastomose

por carcinoma gástrico Sem vômitos ou alterações do TI				
M.46a Dor abdominal em cólica e ausência de trânsito para fezes com 2 dias de evolução, associado a vômitos. Trânsito para gases mantido	Abdómen distendido, mole e depressível, doloroso à palpação sobretudo nos flancos, sem SIP. RHA diminuídos TR: Ampola retal com fezes; dedo-luva sem sangue.	Rx com NHA centrais.	SNG Internamento Tratamento conservador	Oclusão intestinal
F. 94a Dor abdominal difusa, "em facada", acompanhada de anorexia com em doente com neoplasia maligna do estômago localmente avançada e perfurada. Sem náuseas ou vômitos. Sem alterações do TI, além de fezes escuras (Faz ferro EV semanal por anemia de doença crónica)	Abdómen mole e depressível, difusamente doloroso à palpação superficial mais pronunciada no hipocôndrio e flanco direito. RHA+	Rx abdominal com foices gasosas	Analgesia Fluidoterapia Dada a idade e estado geral da doente, bem como prognóstico reservado opta-se por internamento para medidas de conforto.	Perfuração de víscera oca
F. 86a Dor abdominal em cólica associada a vômitos e	Abdómen distendido, depressível doloroso de forma	Rx abdómen com NHA.	SNG Fluidoterapia Internamento	Oclusão Intestinal

obstipação com 5 dias de evolução em doente colostomizada; Sem TI para gases e fezes	difusa; com bolsa de colostomia vazia			
M. 77a Dor abdominal localizada nos quadrantes superiores de início súbito há 4 horas; sem irradiação.	Apirético Abdómen com contratura generalizada	Rx abdominal com foices gasosas	Analgesia Fluidoterapia ATB Cirurgia urgente	Úlcera péptica perfurada
F. 67a Dor abdominal em cólica e retorragias; Sem febre ou vômitos; esteve no dia anterior no SU por dor abdominal em cólica e lipotimia.	Apirética HD estável Abdómen mole e depressível com desconforto generalizado à palpação, RHA+; TR: mariscas hemorroidárias, ampola vazia, dedo-luva com sangue vermelho vivo sem muco	Rectossigmoidoscopia compatível com colite isquémica	Analgesia Fluidoterapia ATB Internamento	Colite Isquémica
M. 87a Dor abdominal com 2 meses de evolução, tipo "moedouro" na região hipogástrica, FID e FIE	HD estável T=39°C Abdómen mole e depressível, com dor e defesa à palpação profunda nos quadrantes inferiores. RHA +. TR: dedo-luva com fezes mas sem sangue	TAC abdominal compatível com diverticulite aguda complicada de abscesso	Analgesia Fluidoterapia ATB	Diverticulite aguda complicada de abscesso.

Tabela III Patologias abordadas no Serviço de Urgência

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico I – Oclusão Intestinal

História da Doença Atual

66 anos, sexo masculino, dependente em contexto de sequelas de AVC (hemiplegia esquerda) recorre ao SU por redução do trânsito intestinal e distensão abdominal, com cerca de 10 dias de evolução. Refere fezes moles e muito escassas, mesmo com uso de múltipla medicação laxante. Com febre e dor abdominal intensa com 24h de evolução.

Antecedentes Pessoais

- Doença pulmonar
- Patologia osteoarticular degenerativa
- Policitemia Vera, com complicações trombóticas
- AVC da artéria cerebral média direita em 2005 com hemiplegia esquerda sequelar
- TEP direito segmentar

Medicação Habitual

Gabapentina, Amitriptilina, Hidroxicarbamida, Lorazepam, Sintrom (acenocumarol), Baclofeno

Exame Objetivo Sumário

COC; HD estável, T: 37.8°C

Abdómen distendido, mole e depressível à palpação, com dor difusa à palpação profunda. Sem defesa, sem SIPs. Percussão com normal distribuição de áreas de timpanismo e macicez; RHA+

Toque Rectal: Esfíncter normotónico; Sem fezes na ampola, dedo de luva com fezes.

Exames Complementares de Diagnóstico

O Rx abdominal revelou distensão gasosa das ansas intestinais (imagem I); Rx Tórax com foices gasosas (imagem II)



Imagem I Rx Abdominal com distensão gasosa das ansas intestinais

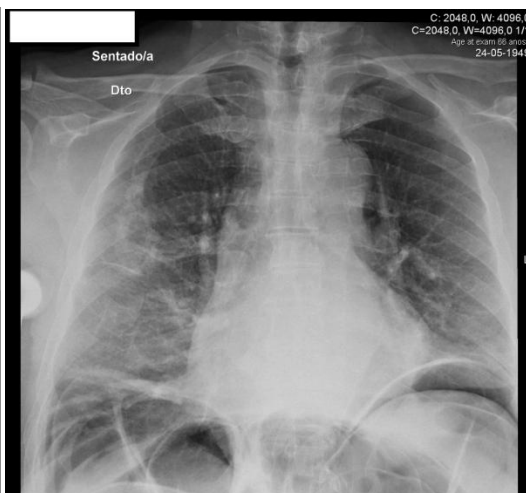


Imagem II Rx Tórax com foices gasosas

Por suspeita de quadro de oclusão/perfuração intestinal pediu-se TAC toraco-abdomino-pélvico que revelou pneumoperitонеu de grande volume, de acordo com suspeita de perfuração de víscera oca; distensão gasosa do colon, especialmente no segmento transversal, não se identificando distensão evidente do descendente e sigmoide; Pneumatose das ansas íleais, sugerindo processo isquémico; Sem evidência de imagens sugestivas de processos neoplásicos; líquido livre de pequeno volume.

Análiticamente apresentava leucocitose de $12\,000/\text{mm}^3$, com neutrofilia de 87% e PCR de 87mg/L.

Refere INR de 1,8 em último controlo da coagulação há cerca de 2 semanas.

Plano executado

Submetido a intervenção cirúrgica de urgência, tendo-se verificado vólvulo do sigmoide a condicionar oclusão intestinal com envolvimento de ansas íleais no volvo terminal. Presença de pneumatose de todo o cólon e íleon. Realizada, nesse contexto, colectomia total + enterectomia + ileostomia de Brook. O procedimento decorreu sem registo de complicações.

Evolução

Pós-operatório imediato e período de internamento sem registo de complicações.

Duração do internamento: 8 dias.

À data de alta o paciente encontrava-se clinicamente bem, em apirexia sustentada e HD estável. Queixas algícas controladas com medicação oral. Reiniciou alimentação oral, com boa tolerância. Ileostomia funcionante e com boa vitalidade.

Comentários

A morbidade e mortalidade da obstrução intestinal variam significativamente, dependendo primariamente da presença de estrangulamento e subsequente infecção. A obstrução por estrangulamento ocorre em aproximadamente 10% dos pacientes com obstrução do intestino delgado e o seu reconhecimento precoce e tratamento cirúrgico imediato são as únicas formas de diminuir a mortalidade. A obstrução por estrangulamento ocorre mais frequentemente em pacientes com hérnias encarceradas, obstrução em ansa fechada, volvus, ou obstrução intestinal completa. Como tal, a identificação de qualquer destas causas específicas de obstrução é uma indicação clara para cirurgia urgente.

A evidência radiográfica de pneumatose ou ar livre intraperitoneal num contexto de obstrução intestinal é indicativo de estrangulamento, perfuração ou ambos, e constitui indicação para cirurgia. O doente em questão apresenta uma radiografia de tórax em que é inequívoca a presença de foices gasosas. Levanta-se portanto a questão da pertinência da TAC toraco-abdomino-pelvica neste contexto, uma vez que independentemente do seu resultado, a abordagem ao doente seria a mesma. A TAC é útil neste contexto por permitir localizar a lesão, facilitando a abordagem cirúrgica. No entanto, é necessário ponderar a relação risco/benefício da realização deste exame. Tendo em consideração que o doente se encontrava hemodinamicamente estável, sem sinais de irritação peritoneal e sem graves alterações laboratoriais, penso que terá beneficiado da TAC uma vez que permitiu facilitar abordagem cirúrgica e consequentemente diminuir o tempo operatório, o que por si só diminui o risco de mortalidade.

Este caso clínico é um exemplo evidente de como o diagnóstico de uma situação emergente pode ser feito apenas com recurso a uma correta anamnese e exame físico, e uma simples radiografia do tórax, desde que haja por parte do médico uma atitude ativa e elevada suspeição clínica.

Caso clínico II – Hemorragia Digestiva

História da Doença Atual

62 anos, sexo masculino recorre ao Serviço de Urgência por dor abdominal intensa, e hematoquézias persistentes.

Previamente seguido na consulta de cirurgia digestiva por quadro de suboclusão intestinal e hematoquézias com 3 meses de evolução, que motivou estudo endoscópico. Realizada colonoscopia total que identificou uma neoformação intransponível ao endoscópio, a cerca de 90 cm da margem anal.

Antecedentes Pessoais

HTA, Dislipidemia e Hiperuricemia

Medicação Habitual

Alopurinol, 300 mg almoço; AAS almoço; Irbesartan+Htz 150+12,5mg manhã; Rosuvastatina 10mg jantar

Exame Objetivo Sumário

HD estável; Apirético;

Abdómen mole e depressível, com defesa à palpação profunda no flanco e fossa ilíaca esquerda, fossa ilíaca direita, hipogastro e região peri-umbilical. Ruídos hidroaéreos presentes, de timbre e intensidade normais.

Ao toque rectal, esfíncter normotónico, sem fezes na ampola rectal, sem massas palpáveis, dedo-luva com sangue vivo.

Exames Complementares de Diagnóstico Prévios

TC abdomino-pélvico de 22/01/2016: distensão global do cólon com conteúdo hidroaéreo, com maior calibre no cego de 90 mm. Há conteúdo fecal no cólon ascendente, conteúdo gasoso no transverso e conteúdo hidroaéreo no colon descendente, sigmoide e reto, na posição de estudo; sem causa obstrutiva por esta técnica, nem categórica alteração abrupta de calibre cólico, que se possa associar a causa obstrutiva como brida peritoneal ou volvo; ligeira dilatação do íleon distal; lesão de densidade adiposa macroscópica homogénea no cólon ascendente um pouco acima da válvula ileocecal com 75 x 50 x 48 mm (T x AP x L), traduzindo provável lipoma submucoso, não obstrutivo.

Colonoscopia de 09/02/2016: A cerca de 90 cm da margem anal, o lúmen cólico mostra-se obstruído por uma volumosa neoformação polipoide pediculada, com grande extensão de

necrose da superfície a par de mucosa não necrosada mas muito friável. A referida lesão deixa-se ultrapassar com alguma dificuldade, atingindo-se no entanto o polo cecal. Sem outras alterações.

Biopsia: mucosa deformada e com hiperplasia do epitélio. Infiltrado inflamatório polimorfo e área com exulceração no epitélio notam-se alterações reacionais, mas não há displasia nem alterações de malignidade.

Exames Complementares de Diagnóstico no Serviço de Urgência

Colonoscopia total: No transverso distal, aos 50 cm da margem anal, úlcera com cerca de 4 cm de extensão longitudinal e 25mm de maior extensão transversal, com base algo profunda, com exsudado amarelo e pigmento escuro.

Analiticamente: Anemia aguda normocítica e normocrômica (Hb 6.7g/dL, queda de cerca de 6g/dL).

Plano Executado

Por hematoquézias persistentes e anemia aguda sintomática, foi internado para vigilância clínica.

Evolução

Duração do internamento: 2 dias

Durante o internamento, transfusão de 2UGR com rentabilidade, sem novas perdas hemáticas pelo tubo digestivo. À data de alta, hemoglobina de 9.4g/dL.

Comentários

Apresentação clínica de hemorragia digestiva baixa aguda (HDB), com ponto de partida provável na neoformação cólica em estudo na consulta de cirurgia digestiva. A avaliação do paciente tem início com uma anamnese adequada e exame clínico completo. A preocupação inicial é a de avaliar o volume de perdas hemáticas e estabilidade hemodinâmica do doente, nunca esquecendo que uma hemorragia digestiva pode comprometer o estado volémico, e como tal ameaçar a vida. É portanto imperativo avaliar cuidadosamente os parâmetros vitais, e tentar perceber, de acordo com a história clínica, a magnitude das perdas.

A hemorragia diverticular e a angiodisplasia são as duas causas mais frequentes de HDB aguda. As hemorroidas e a neoplasia de cólon são responsáveis pelas causas mais comuns

de HDB crónica. As neoplasias benignas e malignas do cólon são lesões frequentes que ocorrem de forma predominante no idoso. A hemorragia de grande volume, causada por pólipos ou carcinoma de cólon, é pouco comum.

A colonoscopia, quando disponível, é o exame inicial de escolha na investigação e tratamento de pacientes com hemorragia digestiva baixa aguda. Como meios disponíveis e exequíveis de investigação, em alguns casos, igualmente terapêuticos, temos a anoscópia, colonoscopia, cintilografia com hemácias marcadas com Tecnécio (Tc^{99m}) Arteriografia, enteroscopia e cápsula endoscópica. A opção terapêutica, endoscópica ou cirúrgica, é a mais frequente, não esquecendo que de acordo com a etiologia, alguns casos podem merecer apenas vigilância e suporte pela natureza auto-limitada da hemorragia, tal como este caso clínico.

Caso Clínico III – Traumatismo Crânio-encefálico

História da Doença Atual

78 anos, sexo feminino, recorre ao SU por queda da própria altura, num lance de escadas, tendo embatido com a região frontal. Nega náuseas, vômitos, e perda de consciência. Refere dor apenas na zona frontal da face.

Antecedentes pessoais

HTA; patologia osteodegenerativa

Medicação Habitual

Hidroclorotiazida + cloridrato de amilorida 50mg + 5mg

Exame Objetivo Sumário

COC, orientada no espaço e tempo; Escala de Coma de Glasgow (ECG): 15

HD estável

Pequena laceração na região frontal, não sangrante. Tumefação da face direita e periorbitária. Sem derrame ocular.

Auscultação Pulmonar: MV presente, simétrico, sem ruídos adventícios.

Pede-se TAC crânio-encefálico

Exames Complementares de Diagnóstico

TAC crânio-encefálico: Não se observa lesão traumática intracraniana aguda.

Não se observam traços de fratura na base do crânio, calote craniana ou no maciço facial. Sem hemossínus ou hemotímpano. Conteúdo com densidade de tecidos moles a obliterar o compartimento esquerdo do seio esfenoidal, traduzindo processo inflamatório. Espessamento dos tecidos moles epicranianos na região frontal anterior direita.

Plano Executado

Perante a TAC sem alterações, fica em vigilância 24h

Evolução

Sem alterações durante o período de vigilância

Alta com explicação dos sinais de alarme que devem motivar o regresso ao SU.

Comentários

A atenção aos pacientes com TCE leve (nível de consciência 14 ou 15 na ECG) constitui um tópico de grande relevância na prática clínica. A principal causa de TCE leve no idoso é a queda accidental.

A avaliação neurológica inicia-se com uma anamnese cuidadosa a fim de determinar o mecanismo de trauma, as forças envolvidas, a gravidade do trauma (doenças preexistentes, uso de medicações). É também importante perceber a ocorrência de crises convulsivas, estados confusionais, déficits focais ou presença de vômitos. Deve proceder-se à avaliação do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow (*Anexo V*), sendo também fundamental a avaliação de resposta motora e padrão pupilar.

A ECG é um método rápido e fácil para determinar o nível de consciência, permitindo classificá-lo, e, devido à sua ampla divulgação, permite melhor comunicação entre os diversos profissionais de saúde. A ECG avalia três parâmetros: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. A pontuação varia de 3 pontos (coma aperceptivo) a 15 pontos (paciente consciente e orientado). Pontuação abaixo de 8 indica estado comatoso.

Existe uma grande heterogeneidade quanto à gestão e à determinação de fatores prognósticos em pacientes com TCE leve. A TAC é essencial para um grupo importante de pacientes com TCE leve, apresentando as seguintes vantagens: demonstra lesões estruturais do crânio e encéfalo que podem ser suscetíveis ou não à intervenção neurocirúrgica e que não são evidenciados pelo exame físico; serve de alerta sobre a possibilidade de complicações, estabelecendo um prognóstico para esses pacientes; otimiza

o momento do tratamento neurocirúrgico e determina quais pacientes devem ser admitidos para observação, diminuindo custos hospitalares. É necessária uma triagem dos pacientes para otimizar a alta imediata, a realização de exames mais acurados e o estabelecimento de um período de observação ou internamento.

De acordo com o *Protocolo Nacional para a abordagem aos TCE* da DGS, perante um TCE devemos ter em consideração a presença de fatores de risco que motivam a realização de TAC, entre eles:

- Coagulopatia
- Alcoolismo
- Abuso de drogas
- Epilepsia
- Tratamento neurocirúrgico prévio
- Idosos (>65 anos)
- Incapacitados

Podemos verificar que um dos critérios para TAC é ter idade superior a 65 anos. Ainda que a cinética da queda aparente ser inocente, o paciente se encontre perfeitamente consciente (ECG 15), sem perda prévia da consciência, amnésia, cefaleias ou vômitos, é necessário ter sempre em consideração que as alterações estruturais e funcionais, assim como a coexistência de doenças sistêmicas, predispõem os idosos a diversos acidentes, principalmente quando comparados a pessoas com grande reserva fisiológica. Apesar de os idosos sofrerem as mesmas lesões dos indivíduos jovens, apresentam diferenças no que diz respeito ao espectro das lesões, duração e resultado da evolução.

CONCLUSÃO

A realização do estágio na Unidade de Cirurgia Digestiva do Centro Hospitalar do Porto foi uma experiência extremamente enriquecedora, não só de uma perspectiva académica e profissional, mas também do ponto de vista pessoal. Aprendi e adquiri conhecimentos e competências técnicas, desenvolvi o meu raciocínio clínico, melhorei a minha capacidade de reconhecer diagnósticos e treinei a abordagem a diversas patologias cirúrgicas. Consegui adequar o estágio ao contexto do ano profissionalizante, e como tal vi-me envolta num cenário realista no que respeita ao peso emocional e responsabilidade perante a vida humana.

Para além da experiência médica, aperfeiçoei competências a nível do relacionamento interpessoal, integrei-me na dinâmica dos grupos de trabalho nos quais me inseri e constatei como a cooperação entre os membros de uma equipa permite uma mais rápida e eficaz resolução de problemas.

Nesta conformidade considero, que os objetivos a que inicialmente me propus foram alcançados. A unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” ofereceu-me a oportunidade de me aprimorar nesta área de tão especial interesse, que é a Cirurgia, conferindo-me destreza e astúcia, o que será sem dúvida uma mais-valia nas próximas etapas da minha vida.

BIBLIOGRAFIA

Ali T, Goldberg JE, Ashley SW. Sabiston Textbook of Surgery: Acute Gastrointestinal Hemorrhage, chp 46; 2007, 18th ed.

Cusheri, A. Laparoscopic surgery: Current status, issues and future developments. Surgeon 2005; 125-138

Direção Geral de Saúde. *Precauções Básicas do Controlo da Infecção*. Norma 029/2012;

Direção Geral de Saúde. *HELICS Vigilância Epidemiológica da Infecção Cirúrgica*. 2007. Disponível em: www.chporto.pt/pdf/downloads/2/HELICS_Cirurgia-Dr_Luis_Gabriel.pdf

Direção Geral de Saúde. *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Norma 02/2013

Fuchs KH. *Minimally Invasive Surgery*. Endoscopy 2002; 34(2): 154-159

Helton, WS, Fisichella PM. *ACS Surgery: Principles and Practice*: Intestinal Obstruction. WebMD 2004. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/medbookonline/acs0504-intestinal-obstruction-2004>

Hungness ES. *ACS Surgery: Principles and Practice*: Gastrointestinal Bleeding. WebMD 2008. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/medbookonline/acs0505-upper-gastrointestinal-bleeding-2008>

Ministério da Saúde. *Avaliação da situação Nacional dos blocos Operatórios*. DR N.º 59, 2.ª série 2015. Disponível em: http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Neves F, Paizin-Filho A. *Raciocínio Clínico na Sala de Emergência*. Medicina, Ribeirão Preto, 2008; 41 (3): 339-46

Oliveira E, Lavrador JP, Santos MM Lobo Antunes J. *Traumatismo Crânio-Encefálico: Abordagem Integrada*; Acta Med Port 2012 May-Jun;25(3):179-192

Anexo I – Consentimento Livre e Esclarecido para Atos Médicos

IM.DCL.GER.002/1

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ACTOS MÉDICOS

1. Por favor leia com atenção todas as indicações constantes neste documento.

2. Não hesite em solicitar mais informação ao médico se não estiver completamente esclarecido.

3. Verifique se todas as informações estão correctas e então assine este documento.



centro hospitalar
do Porto

Autocolante - Identificação do Utente

Serviço de _____

A preencher pelo Médico

Diagnóstico que motiva o procedimento: _____

Identificação do Procedimento Médico ou Cirúrgico proposto:

Confirmo que expliquei ao doente ☐ , aos pais ☐ , ou seu representante legal ☐ , de forma adequada e inteligível, a natureza e finalidade da intervenção referida, os diagnósticos, os procedimentos ou tratamentos em causa, assim como os riscos e complicações, eventualmente graves ou a morte, bem como as alternativas possíveis à situação clínica.

Faculei publicação informativa acerca do procedimento em causa / Não aplicável ☐ / Sim publicação n.º _____.

NOME DO MÉDICO: _____ n.º de Ordem dos Médicos: _____

ASSINATURA: _____ **DATA:** ____/____/____

A preencher pelo Utente ou Pais ou Representante Legal

Declaro que concordo com, e que percebi, o que me foi proposto e explicado pelo médico que assina este documento. Declaro ainda, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre esta proposta.

Autorizo a realização dos actos médicos indicados, bem como os procedimentos directamente relacionados ou adicionais que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

ASSINATURA: _____

Nome: _____

BI n.º _____ de ____/____/____, arquivo de _____

Designo meu representante para efeitos de autorizar ou recusar a prestação de assistência, no caso de eu próprio não o poder fazer,

Nome: _____

Se familiar, grau de parentesco _____ telefone _____

Morada _____

ESTE FORMULÁRIO É PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO CLÍNICO

Anexo II – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes de o paciente sair da sala de operações
IDENTIFICAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO <input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA <input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA <input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO <p>O PACIENTE POSSUI:</p> <p>ALERGIA CONHECIDA?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p>VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS</p> <p>RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO</p> <p><input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS</p>	CONFIRMAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: <ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <p>EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?</p> <p><input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?</p> <p>A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p>AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?</p> <p><input type="checkbox"/> SIM</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p>	REGISTRO <p>O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO <input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM) <input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR) <p>Assinatura _____</p>

Anexo III – Protocolo HELICS



PROTOCOLO HELICS Registo da Infecção do Local Cirúrgico



Data de Admissão: (dd/mm/aa)

Data de nascimento: (dd/mm/aa)

Sexo: ☐ (M/F)

Intervenção Cirúrgica ☐ (1-3)

Data da intervenção:

Equipa:
EQ1 EQ2
EQ3 Ans

Código Acto (ICD9-CM)

AC1 -
AC2 -
AC3 -

Duração (hh:mm)

Início:

Fim:

Tipo de Cirurgia

Cirurgia Laparoscópica

Código ASA

Cat. Ferida

Implante

- ☐ • (P= Programada, U= Urgente)
- ☐ • (S/N)
- ☐ • (1-5, 9= Desconhecida)
- ☐ • (1-4, 9= Desconhecida)
- ☐ • (S/N)

Profilaxia Antibiótica ☐ (P/T/N)

	Antibiótico	Data de início	Hora de início	Duração (dias)	Dose diária (mg)	Via
1 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 -	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Infecção da Ferida Cirúrgica ☐ (S/N)

Data da Infecção: (dd/mm/aa)

Superficial/ Profunda/ Órgão: ☐ (S/P/O)

Microorganismos

OR1
OR2
OR3

Data da Colheita

Data TSA

Data da Alta:

Data da Consulta

Evolução:

Anexo IV – Triagem de prioridades de Manchester

EMERGÊNCIA	Casos muito graves, com risco de morte. Atendimento imediato
MUITO URGENTE	Casos graves que necessitam de atendimento prioritário, mas sem risco de morte. Atendimento em 10 minutos.
URGENTE	Caracterizado como urgente após triagem médica. Atendimento em até 1 hora.
POUCO URGENTE	Casos de menor urgência e que podem aguardar atendimento por até 2 horas.
NÃO URGENTE	Casos simples, sem urgência. Previsão de até 4 horas de espera.

Anexo V – Escala de Coma de Glasgow

Parâmetros	Resposta Observada	Pontuação
Abertura Ocular	Espontânea	4
	Com estímulo verbal	3
	Com estímulo doloroso	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palavras impróprias	3
	Sons incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Melhor Resposta Motora	Obedece aos comandos	6
	Localiza e retira o estímulo	5
	Localiza o estímulo	4
	Responde em flexão	3
	Responde em extensão	2
	Nenhuma	1